

INSTRUTIVO PARA O PREENCHIMENTO DA PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA PARA AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE (PPI_VS)

Este instrutivo pretende disponibilizar às Secretarias Estaduais de Saúde, Conselhos Estaduais de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e Comissões Intergestores Bipartite (CIB) informações para o planejamento das ações e adequado preenchimento do instrumento de pactuação da PPI-VS 2005.

1. NOTIFICAÇÃO

Ação 1.1 - Notificar casos de paralisia flácida aguda (PFA)

Meta: Um caso por 100.000 habitantes menores de 15 anos.

Total de casos de paralisia flácida aguda em menores de 15 anos notificados, dividido pela população de menores de 15 anos da UF, multiplicado por 100.000.

Ação 1.2 - Realizar notificação de sarampo

Meta: 80% das unidades notificantes.

Somatório das unidades que notificaram casos suspeitos de sarampo e das unidades que informaram notificação negativa para esta doença, dividido pelo total de unidades notificantes existentes na UF, na semana de notificação, multiplicado por 100.

2. INVESTIGAÇÃO

Ação 2.1 - Iniciar investigação epidemiológica oportunamente para doenças exantemáticas

Meta: 80% dos casos.

Total de casos suspeitos de sarampo e rubéola investigados até 48 horas após a notificação, dividido pelo total de casos suspeitos notificados de ambas as doenças, na UF, multiplicado por 100.

Ação 2.2 - Realizar coleta oportuna de uma amostra de fezes para cada caso de PFA

Meta: 80% dos casos.

Total de casos de PFA com uma amostra de fezes coletada até o 14^o dia do início da deficiência motora, dividido pelo total de casos de PFA detectados pela UF, multiplicado por 100.

Ação 2.3 – Encerrar oportunamente a investigação de surtos de doenças transmitidas por alimentos

Meta: 70% dos surtos notificados, com encerramento oportuno da investigação.

Número de surtos de doenças transmitidas por alimentos com investigação encerrada até 60 dias após a data da notificação (por critério clínico-epidemiológico ou laboratorial), em relação ao total de surtos de doenças transmitidas por alimentos notificados no ano.

Ação 2.4 – Realizar encerramento oportuno de investigação epidemiológica das doenças de notificação compulsória (DNC)

Meta - Incremento mínimo de 15% sobre o percentual verificado em 2003 em cada UF, atingindo um mínimo de 50% naquelas em que o incremento mínimo não for suficiente para atingir esse valor. O alcance de 80% será considerado aceitável, mesmo sem o incremento mínimo de 15%.

Número de casos de DNC notificados no ano, exceto dengue, tuberculose e hanseníase, com encerramento oportuno da investigação, em relação ao total de casos notificados; a informação deve ser obtida no SINAN, através de arquivo .pgm elaborado para essa finalidade. O percentual definido para cada UF, especificado na planilha da PPI VS 2005, foi calculado conforme a linha de base observada no ano de 2003.

3. DIAGNÓSTICO LABORATORIAL DE AGRAVOS DE INTERESSE EM SAÚDE PÚBLICA

Ação 3.1 - Realizar diagnóstico laboratorial de doenças exantemáticas - sarampo e rubéola

Meta: 80% dos casos

Total de casos suspeitos de sarampo e rubéola **com investigação laboratorial (sorologia) realizada**, dividido pelo total de casos suspeitos notificados de ambas as doenças, pela UF, multiplicado por 100.

Ação 3.2 – Encerrar casos de meningite bacteriana por critério laboratorial

Meta - Incrementar no mínimo cinco pontos percentuais, em relação ao alcançado em 2003.

Total de casos de meningite bacteriana diagnosticados laboratorialmente por meio das técnicas de cultura, contra-imuno-eletroforese ou látex, dividido pelo total de casos confirmados desta forma clínica pela UF, multiplicado por 100.

Exemplo: A UF X diagnosticou em 2003, por uma das técnicas laboratoriais mencionadas acima, 31,4% dos casos de meningite confirmados; em 2005 deverá diagnosticar laboratorialmente no mínimo 36,4% (31,4 + 5) dos casos confirmados desta mesma forma clínica.

Obs: esta meta refere-se aos casos confirmados de todas as meningites bacterianas (Doença Meningocócica, Meningite por *H. Influenzae* tipo b, Meningite Pneumocócica, Meningite Tuberculosa, etc.).

Ação 3.3 – Realizar testagem do HIV na população geral

Meta - UF que já atingiram esse valor, manter no mínimo 17 exames por 1.000 habitantes/ano; UF que não atingiram esse valor, incrementar em 50% (AP, PA), 30% (PI, BA), 15% (MA, SE), 10% (CE, PB).

A fonte de informação principal para o acompanhamento desta meta é o SIA-SUS, onde o nº total de exames de sorologia para HIV por Elisa apresentados significa 110% do nº de pessoas testadas (considerando a necessidade de repetição para confirmação de diagnóstico).

Os testes realizados nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) ou em qualquer outra unidade ambulatorial, por ser procedimento, cujo sistema de informação utilizado é o SIA-SUS, já estão incluídos.

O estabelecimento do parâmetro mínimo na PPI-VS 2005, 17 pessoas testadas a cada mil habitantes/ano, teve por base o previsto na Portaria nº 2.458, de 29 de dezembro de 2003, que institui pagamento via FAEC, como procedimentos estratégicos.

Assim sendo, as Unidades Federadas que já atingiram o parâmetro mínimo adotado, devem mantê-lo para o ano de 2005. As Unidades Federadas que ainda não atingiram este parâmetro deverão incrementar a testagem anti-HIV de acordo com o estabelecido na meta para cada UF.

Ação 3.4 – Implantar triagem sorológica para hepatites virais nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA)

Meta - UF com um a quatro CTA, implantar em 80%; UF com cinco a quatorze CTA, implantar em 50%; UF com quinze ou mais CTA, implantar em 45%.

Auto-explicativo.

Ação 3.5 – Realizar testagem para sífilis (VDRL) nas gestantes

Meta - 100% das gestantes com VDRL realizado, conforme definido no parâmetro.

Para o controle da sífilis congênita, a orientação do Ministério da Saúde é a realização de pelo menos três VDRL durante a gestação, sendo um no primeiro trimestre da gravidez ou no primeiro contato com a gestante, outro no início do terceiro trimestre e um na admissão da parturiente na maternidade. No entanto, considerando a heterogeneidade das coberturas e qualidade do pré-natal no País, o parâmetro mínimo adotado para o controle da sífilis congênita na PPI-VS para o ano de 2005 é a realização de pelo menos um VDRL, seja na gestação ou no momento do parto.

Assim sendo, para composição das metas por estado, os dados utilizados foram extraídos do Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH-SUS), somando-se o número de partos normais (vaginais), cesáreos e curetagens pós-aborto realizados. No acompanhamento das metas, será utilizada a equação abaixo:

$$\frac{\text{número de gestantes* com pelo menos 1 VDRL realizado}}{\text{número total de gestantes* atendidas na rede pública}} \times 100$$

*** Durante a gestação ou no momento do parto.**

Observação: A partir de 2005, no SIA-SUS, a informação do grupo passa a ser obrigatória para o procedimento VDRL e, no SIH-SUS, o VDRL passa a ser destacado do restante dos exames que compõem o campo Serviços Auxiliares de diagnóstico e tratamento (SADT).

Ação 3.6 – Elaborar documento contendo a relação e respectivas competências dos laboratórios integrantes da Rede de Laboratórios Públicos e Conveniados credenciados pelo LACEN no estado, segundo critérios da CGLAB.

Meta - Documento elaborado até 31 de julho de 2005.

A Coordenação Geral de Laboratórios (CGLAB) está elaborando um instrumento de diagnóstico da rede de laboratórios de saúde pública em cada estado, que será apresentado e discutido na Câmara Técnica.

O conteúdo básico deste instrumento, que deverá ser utilizado para conhecer as subredes por doença/agravo, será o seguinte:

1. Listagem dos laboratórios que realizam o diagnóstico laboratorial das seguintes doenças e agravos:
 - a. Doenças de Notificação Compulsória
 - b. Doenças de interesse nacional: malária, esquistossomose, filariose, influenza, tracoma, oncocercose; varicela.
2. Municípios onde estão localizados os laboratórios listados no item 1.
3. Característica de gestão do laboratório: público (federal, estadual ou municipal) ou privado (conveniado, contratado).
4. Tipos de exames realizados, listado no item 1 e para cada doença.
5. Profissionais envolvidos com o diagnóstico da doença/agravo em cada laboratório listado no item 1 – número e categoria profissional.
6. Número de exames realizados em 2004 para o diagnóstico laboratorial da doença ou agravo listados por tipo de exame.
7. O laboratório encaminha material para controle de qualidade? Se sim, especificar para que tipo de exame e qual o laboratório de referência.

4. VIGILÂNCIA AMBIENTAL

Ação 4.1 - Estruturar competência da vigilância ambiental em saúde no nível central das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e Secretarias Municipais de Saúde (SMS) das capitais, de acordo com a Instrução Normativa nº 01/2001.

Meta - 100% das SES e SMS das capitais com vigilância ambiental em saúde estruturada.

Para o cumprimento da meta, a SES e a SMS da capital deverão ter a vigilância ambiental em saúde instituída, por meio de ato oficial.

Ação 4.2 - Realizar a Vigilância Ambiental em Saúde relacionada à Qualidade da Água para Consumo Humano - VIGIAGUA.

Meta - Emitir dois relatórios anuais (um por semestre) contendo informações sobre as ações desenvolvidas pelo VIGIAGUA, conforme modelo padronizado pela CGVAM.

O modelo de relatório será disponibilizado pela CGVAM após discussão com estados e municípios.

5. VIGILÂNCIA DE DOENÇAS TRANSMITIDAS POR VETORES E ANTROPOZOONOSES

Ação 5.1.1 - Realizar pesquisa de triatomíneos em domicílios em áreas endêmicas

Meta: 90% das pesquisas.

- Municípios pertencentes a área do Programa de Eliminação do *Triatoma infestans* e que foram positivos para esse vetor nos últimos três anos – realizar pesquisa entomológica integral.
- Municípios pertencentes a área do Programa de Eliminação do *Triatoma infestans* (PETi) e que **não** mostram positividade para esse vetor nos últimos três anos e que possuem trabalhos de controle e dados confiáveis – instalar vigilância entomológica através da instalação de Postos de Informação de Triatomíneos (PIT's) com envolvimento da comunidade e do serviços locais de saúde.
- Municípios pertencentes a área do Programa de Eliminação do *Triatoma infestans* e que **não** mostram positividade para esse vetor nos últimos três anos **mas** que possuem trabalhos de controle parciais e/ou dados **não** confiáveis – realizar nova pesquisa entomológica integral.
- Municípios da área endêmica mas fora da área do PETi que mantêm atividades regulares de controle e dados confiáveis – manter as ações preconizadas pelo Programa e investir na instalação de Postos de Informação de Triatomíneos (PIT's) com envolvimento da comunidade e do serviços locais de saúde.
- Municípios com trabalhos de controle parciais ou irregulares e/ou com dados **não** confiáveis – realizar pesquisa entomológica parcial da área endêmica (40%).
- Municípios já em trabalho de vigilância – implementar e adequar o trabalho já desenvolvido para a nova realidade política e epidemiológica do município.

Ação 5.1.2 - Realizar identificação e eliminação de focos e/ou criadouros do *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus* em imóveis – municípios infestados

Meta: 100% das inspeções programadas.

Inspeções em 100% dos municípios infestados em 2003 - para o cumprimento da meta, as Secretarias Municipais de Saúde dos municípios infestados deverão realizar seis inspeções por ano, por imóvel.

Nos pontos estratégicos a pesquisa entomológica deverá obedecer a ciclos quinzenais.

Ação 5.1.3. Implantar vigilância entomológica em municípios não infestados pelo *Aedes aegypti*

Meta – 100% dos municípios não infestados

As Secretarias Municipais de Saúde dos municípios não infestados deverão realizar pesquisas entomológicas semanais, por meio de armadilhas (ovitampas ou larvitampas) distribuídas na proporção média de uma armadilha para cada nove quarteirões ou 225 imóveis. Nos pontos estratégicos a pesquisa entomológica deverá obedecer a ciclos quinzenais.

OU

Implantação da vigilância entomológica em 100% dos municípios não infestados em 2003 - para o cumprimento da meta as Secretarias Municipais de Saúde dos municípios não infestados deverão realizar três inspeções por ano, por imóvel, obedecendo à seguinte amostragem:

- a) Localidades com até 400 imóveis: pesquisa em 100% dos imóveis existentes;
- b) Localidades com 401 a 1.500 imóveis: pesquisa em 33% dos imóveis existentes;
- c) Localidades com 1.501 a 5.000 imóveis: pesquisa em 20% dos imóveis e,
- d) Localidades com mais de 5.000 imóveis: pesquisa em 10% dos imóveis existentes.

Nos pontos estratégicos a pesquisa entomológica deverá obedecer a ciclos quinzenais.

Ação 5.1.4 – Realizar levantamento, investigação e/ou monitoramento de flebotomíneos nos municípios, conforme classificação epidemiológica para leishmaniose visceral.

Meta - 100% dos municípios programados.

Segundo a metodologia proposta pelo Programa Nacional de Controle das Leishmanioses, descrita no **Manual de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral**, editado em 2003, ficou normatizado que o objetivo dos estudos entomológicos é levantar as informações de

caráter quantitativo e qualitativo destes vetores para aplicação na vigilância e controle do agravo.

Deverá ser observada a classificação epidemiológica da área a ser estudada bem como as ações a serem desencadeadas (ver manual supracitado). Estas ações terão como objetivos:

Levantamento Entomológico:

- Verificar a presença de *L. longipalpis* e/ou *L. cruzi*, em municípios sem casos humanos de LV ou municípios silenciosos.
- Verificar a presença de *L. longipalpis* e/ou *L. cruzi*, em municípios com transmissão esporádica, moderada ou intensa e que não tenham sido realizadas investigações anteriores.
- Conhecer a dispersão do vetor no município, a fim de apontar naqueles sem casos autóctones de LV as áreas receptivas para a realização do inquérito amostral canino e nos municípios com transmissão da LV orientar as ações de controle do vetor.

Investigação Entomológica:

- Verificar a presença de *L. longipalpis* e/ou *L. cruzi*, em municípios com a ocorrência do primeiro caso de LV ou em situação de surto.
- Confirmar a área como de transmissão autóctone.

Monitoramento:

Conhecer a distribuição sazonal e abundância relativa das espécies *L. longipalpis* e/ou *L. cruzi*, visando estabelecer o período mais favorável para a transmissão da LV e direcionar as medidas de prevenção e controle químico do vetor. Recomendado em municípios com transmissão moderada e/ou intensa.

Ação 5.2.1 – Prover sorologia de material coletado em carnívoros e roedores para detecção de circulação de peste em áreas focais

Meta: 100% dos carnívoros e roedores resistentes, com coleta de amostras para sorologia realizada.

Numerador - Número de exames processados pelos laboratórios.

Denominador - Número de “amostras” (espécimes) coletadas nas áreas focais de peste.

Existem áreas focais de peste em nove Unidades Federadas (Piauí, Ceará, Alagoas, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Paraíba, Bahia, Minas Gerais e Rio de Janeiro). A prevenção de casos humanos de peste está baseada no controle da circulação do bacilo da peste (*Y. pestis*) no ambiente. Este controle é feito mediante a realização de exames laboratoriais em espécimens coletadas de roedores e carnívoros que circulam nos focos pestíferos.

Ação 5.3.1 - Realizar borrifação em domicílios para controle de triatomíneos em área endêmica

Meta: 90% das borrifações.

- *Triatoma infestans*: 100% das casas das localidades positivas na pesquisa realizada.
- Outras espécies vetoras: 100 % das casas positivas.

Ação 5.3.2 - Realizar tratamento de imóveis com focos de mosquitos, visando o controle da dengue.

Meta: Tratar 100% dos imóveis com depósitos positivos e/ou vulneráveis a focos de mosquito, não elimináveis.

Tratar 100% dos imóveis com depósitos positivos e/ou vulneráveis a focos de mosquito - para o cumprimento da meta as Secretarias Municipais de Saúde deverão realizar tratamentos sempre que necessário em pontos estratégicos e bimestrais nos demais imóveis.

Ação 5.4.1 – Realizar campanha de vacinação anti-rábica em cães

Meta: 80% da população canina estimada.

Ação auto-explicativa. Deve-se vacinar cães em campanha.

A população canina é estimada com base na população humana (em torno de 10%).

6. CONTROLE DE DOENÇAS

Ação 6.1 – Curar casos novos de tuberculose bacilíferos

Meta - UF com proporção de cura de 85% ou mais de casos novos de tuberculose bacilíferos diagnosticados na coorte de 2003 (de abril/2002 a março/2003): manter em pelo menos 85% na coorte de 2004 (de abril/2003 a março/2004); UF com proporção maior ou igual a 80% e menor que 85%, atingir, no mínimo, 85%; UF com proporção

maior ou igual a 75% e menor que 80%, incrementar, no mínimo, 6%; UF com proporção menor que 75%, incrementar, no mínimo, 10%; UF com proporção menor que 50%; incrementar para, no mínimo, 50%.

Numerador: Total de casos novos pulmonares bacilíferos curados dentre os casos novos pulmonares bacilíferos diagnosticados na coorte 2004. - Fonte: SINAN.

Denominador: Total de casos novos pulmonares bacilíferos diagnosticados na coorte 2004 - Fonte: SINAN.

Ação 6.2 - Aumentar a taxa de cura de hanseníase

Meta: UF com percentual de cura < 45%, incrementar 20 pontos percentuais sobre o percentual verificado em cada UF; UF com percentual entre 45% e 55%, incrementar 10 pontos percentuais; UF com percentual > 55%, incrementar cinco (5) pontos percentuais.

Indicador - Proporção dos casos curados dentre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes.

Numerador: Total de casos novos diagnosticados nos anos das coortes e curados até 31 de dezembro do ano de avaliação.

Denominador: Total de casos diagnosticados nos anos das coortes.

Linha de Base - Para os casos Paucibacilares utilizar o ano anterior ao da avaliação, por exemplo, se for avaliar 2005, utilizar casos diagnosticados a partir de 01/01/2004 a 31/12/2004; para os casos Multibacilares utilizar três anos anteriores ao ano da avaliação, por exemplo, se for avaliar 2005, utilizar casos diagnosticados a partir de 01/01/2002 a 31/12/2002.

Ação 6.3 – Realizar exames coproscópicos para controle de esquistossomose e outras helmintoses em áreas endêmicas

Meta: 100% dos exames programados.

Numerador: Número de exames coproscópicos realizados.

Denominador: Número de exames coproscópicos programados.

O objetivo principal das atividades de controle da endemia é detectar portadores de *Schistosoma mansoni*, a partir da realização de inquéritos coproscópicos abrangendo toda a população sob risco.

Periodicidade dos inquéritos coproscópicos: a frequência da realização dos inquéritos coproscópicos em áreas endêmicas é estabelecida em função da situação epidemiológica de cada região ou área trabalhada e varia de acordo com a evolução do programa e o impacto sobre a doença. A periodicidade pode ser fixada a cada (02) dois anos.

Ação 6.4 – Reduzir a Incidência Parasitária Anual por malária

Meta - Reduzir 15% em 2005, com relação a 2004.

Número de lâminas positivas (casos) para malária, por 1.000 habitantes residentes na área.

Ação 6.5 - Curar casos de leishmaniose tegumentar americana (LTA) e leishmaniose visceral (LV)

Meta - UF com percentual de cura \geq 85% em 2003, manter no mínimo 85% em 2005; UF com percentual de cura \geq 80% e $<85\%$ em 2003, atingir 85% em 2005; UF com percentual de cura \geq 70% e $< 80\%$, incrementar, no mínimo, 6% sobre o percentual de cura; UF com percentual de cura \geq 50% e $< 70\%$, incrementar, no mínimo, 21% sobre o percentual de cura; UF com percentual de cura $> 30\%$ e $< 50\%$, incrementar, no mínimo, 40% sobre o percentual de cura; UF com percentual de cura $\leq 30\%$, atingir 50%. As UF que apresentarem menos de 10 casos/ano deverão manter no mínimo o percentual de 85% de cura, independente do alcançado em 2003.

Percentual do número de casos de LTA e LV curados, em relação ao número total de casos de LTA e LV confirmados* no período.

*A definição de caso confirmado de LTA, consta no Manual de Controle da Leishmaniose Tegumentar Americana - pág 38.

*A definição de caso confirmado de LV, consta no Manual de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral – pág 53.

7. IMUNIZAÇÕES

Ação 7.1.1 - Atingir percentual de 70% de municípios do estado com cobertura vacinal adequada (95%) para a tetravalente em < 1 ano

Meta: 70% dos municípios com cobertura adequada

Total de municípios que atingiram 95% de cobertura para a vacina tetravalente, na faixa etária menores de um ano, dividido pelo número de municípios existentes no estado x 100.

Ação 7.1.2 - Atingir percentual de 70% de municípios do estado com cobertura vacinal adequada (95%) para a tríplice viral em crianças de 1 ano

Meta: 70% dos municípios com cobertura adequada

Total de municípios que atingiram 95% de cobertura para a vacina tríplice viral na faixa etária de um ano dividido pelo número de municípios existentes no estado x 100.

Ação 7.1.3 - Atingir percentual de 70% de municípios do estado com cobertura vacinal adequada (95%) para a hepatite B em < 1 ano

Meta: 70% dos municípios com cobertura adequada

Total de municípios que atingiram 95% de cobertura para a vacina contra hepatite B em < de um ano dividido pelo número de municípios existentes no estado x 100.

Ação 7.2.1 - Realizar campanha anual (em duas etapas) contra poliomielite

Meta - Vacinar 95% da população definida no parâmetro (< 5 anos) , em cada etapa.

Ação 7.2.2 - Realizar campanha anual contra a influenza

Meta – Vacinar 70% da população definida no parâmetro (60 anos e+).

Ação 7.3.1 - Investigar os eventos adversos graves pós vacinação

Meta - 100% dos casos notificados investigados.

Todo caso de evento adverso grave pós-vacinação notificado, deve ser investigado. Calcula-se se dividindo o número de casos investigados pelo número de casos notificados.

8. MONITORIZAÇÃO DE AGRAVOS DE RELEVÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Ação 8.1 - Detectar surtos de Doenças Diarreicas Agudas (DDA) por meio da Monitorização das Doenças Diarreicas Agudas (MDDA)

Meta - 70% dos surtos de DDA identificados por meio da MDDA.

Proporção dos surtos de DDA que foram identificados pela MDDA, em relação ao total de surtos de DDA identificados (por qualquer fonte de notificação de surtos).

Ação 8.2 - Implantar a vigilância epidemiológica de sífilis

Meta - SES e SMS com a vigilância de sífilis implantada - produção de pelo menos um relatório anual do perfil da sífilis.

As Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), com exceção da AIDS, embora devam ser objeto de vigilância e possam ser notificadas utilizando-se o SINAN, não se constituem doenças de notificação compulsória. A ausência de dados consistentes sobre a incidência e prevalência dessas doenças traz, como principal prejuízo, uma dificuldade no planejamento de ações efetivas de controle das mesmas.

Sendo, dentre as DST, a Sífilis a mais importante do ponto de vista da vigilância e controle, o parâmetro mínimo adotado na PPI-VS para o ano de 2005, refere-se à produção, pelas SES e SMS, de pelo menos um relatório anual do perfil da sífilis no seu território.

Ação 8.3 – Implantar/implantar a vigilância epidemiológica de doenças e agravos não transmissíveis

Meta - Unidade implantada - com produção de pelo menos um relatório anual com análise por idade, sexo e região, das taxas de internação hospitalar e mortalidade, para as principais doenças não transmissíveis (doença isquêmica do coração, doença cerebrovascular, diabetes, câncer de mama, câncer de colo de útero, câncer de pulmão, cancer de cólon e reto), acidentes de trânsito e homicídios.

Auto-explicativo.

Ação 8.4 – Investigar óbitos maternos

Meta: Capitais e municípios com mais de 100.000 habitantes, investigar no mínimo 70% dos óbitos de mulheres em idade fértil*. Municípios com 100.000 habitantes ou menos, implantar a vigilância de óbitos maternos.**

Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil detectados, investigados.

- **Para capitais e municípios com mais de 100.000 habitantes:**

Numerador: Número de óbitos em mulheres com 10 a 49 anos de idade, nas capitais e municípios com mais de 100.000 habitantes, investigados.

Denominador: Número de óbitos em mulheres com 10 a 49 anos de idade, nas capitais e municípios com mais de 100.000 habitantes, ocorridos.

- **Para municípios com menos de 100.000 habitantes:** percentual de municípios com 100.000 habitantes ou menos, com vigilância de óbitos maternos implantada**, através da investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil.

Numerador: Número de municípios com ≤ 100.000 habitantes com vigilância de óbitos maternos implantada**.

Denominador: Número de municípios com ≤ 100.000 habitantes.

Fonte de informação / Aferição: Sistema de Informações de Mortalidade e relatório do Comitê Estadual de Mortalidade Materna.

Observações:

1 - *Entende-se por investigar óbitos de mulheres em idade fértil, confirmar ou descartar a possibilidade de gravidez, aborto ou parto no momento do óbito ou até 12 meses antes. Se, durante a entrevista domiciliar ou investigação nos serviços de saúde, ficar evidente que a mulher não estava grávida no momento do óbito, não há necessidade de dar prosseguimento à investigação mais detalhada.

2 - ** Entende-se por 'vigilância de óbitos maternos implantada' quando pelo menos 20% dos óbitos de mulheres em idade fértil estiverem sendo investigados.

9. DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES EPIDEMIOLÓGICAS

Ação 9.1 – Elaborar informes epidemiológicos com dados de doenças de notificação compulsória, óbitos e nascidos vivos e com análise da situação epidemiológica de agravos relevantes.

Meta - Duas publicações por estado, por ano.

Auto-explicativo.

10. ELABORAÇÃO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM EPIDEMIOLOGIA

Ação 10.1 – Realizar análise da situação de saúde.

Meta - Documento com análise de situação de saúde elaborado e divulgado.

Recomenda-se que na análise de situação de saúde seja avaliado um conjunto de indicadores de Vigilância em Saúde por Estado e regiões intra-estaduais, tendo como parâmetro a produção de pelo menos um folder contendo os principais indicadores de vigilância em saúde do Estado e regiões intra-estaduais, que contribua para o conhecimento da situação de saúde da Unidade Federada.

11. ALIMENTAÇÃO E MANUTENÇÃO DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

Ação 11.1.1 – Realizar coleta das declarações de óbito – DO

Meta - UF com percentual maior de 30%, reduzir para menos de 25%; UF com percentual >25% até 30%, reduzir para menos de 20%; UF com percentual >20% até 25%, reduzir para menos de 15%; UF com percentual >15% até 20%, reduzir para menos de 10%; UF com percentual >= 5% até 15%, reduzir para menos de 5%; UF com percentual < 5%, reduzir para qualquer percentual.

Proporção da população da UF residente em municípios classificados como tendo grandes deficiências na cobertura do SIM (**coeficiente geral de mortalidade padronizado menor que 4 (quatro) por 1.000 habitantes**) - adota-se com a adoção deste parâmetro a classificação da adequação das informações de mortalidade proposta por Szwarcwald e Leal em 2002, estando classificados neste grupo aqueles municípios que apresentam deficiências importantes na cobertura do SIM.

Numerador: Soma da população residente em municípios com CGM padronizada menor de quatro (4).

Denominador: População total do estado.

Ação 11.1.2 – Melhorar a qualidade da notificação das causas básicas de óbito

Meta - UF com percentual de causas mal definidas >30%, reduzir para menos de 25%; UF com percentual de >23 a 30% reduzir para 20% ou menos; UF com percentual de >16 a 23 % reduzir para 15% ou menos; UF com percentual de >13 a 16 % reduzir para 12% ou menos; UF com percentual de >10 a 13% reduzir para 10% ou menos; demais estados (<=10%): manter percentual abaixo de 10%

Percentual de óbitos informados ao SIM com causas básicas mal definidas (óbitos classificados no capítulo XVIII da Classificação Internacional de Doenças – sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte) em relação ao total de óbitos não fetais notificados ao sistema.

Numerador: Número de óbitos não fetais por causas mal definidas.

Denominador: Total de óbitos não fetais informados ao SIM.

Fonte de informação: Sistema de Informações sobre Mortalidade.

Ação 11.2.1 - Realizar coleta da declaração de nascidos vivos – DN

Meta - RS, SC, PR, SP, RJ, ES, MS, DF, GO, SE, PE, RN, AP, RR, AC - dados de nascidos vivos considerados válidos pela Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA) - projeção estimada para 2005 com base na tendência de nascimentos informados ao SINASC pela UF, no período de 1999 a 2003; RO, AM, PA, TO, MA, PI, CE, PB, AL, BA, MT e MG - a meta será calculada com base na TBN média projetada para 2005, dos 3 estados com melhores coberturas da região, em relação aos dados estimados pelo IBGE.

Número de nascidos vivos a serem captados pelo SINASC, no ano.

- **Para os estados do RS, SC, PR, SP, RJ, ES, MS, DF, GO, SE, PE, RN, AP, RR, AC.**

Numerador: Nascidos vivos informados ao SINASC em 2005

Denominador: Nascimentos estimados para 2005 (projeção feita com base nos dados do próprio SINASC da UF)

- **Para os estados de RO, AM, PA, TO, MA, PI, CE, PB, AL, BA, MT e MG.**

Numerador: Nascidos vivos informados ao SINASC em 2005

Denominador: Nascimentos esperados para 2005*

* Para cálculo do número de nascimentos esperados para a UF em 2005 destes estados, será aplicada à sua população a média das taxas brutas de natalidade (TBN) estimadas para 2005 com base nos nascimentos informados ao SINASC no período de 1999 a 2003, dos 3 estados com melhores coberturas de sua região em relação aos nascimentos estimados pelo IBGE. Caso, porém, o número de nascimentos esperados, obtido neste cálculo, seja menor que o informado pela UF em 2003, a meta será manter o número de nascimentos informados em 2003.

Número de NV esperado = TBN estimada para a Região (média das TBN estimada dos três estados de melhor cobertura) x População do Estado / 1000.

Fonte de informação: Sistema de Informações de Nascidos Vivos.

Ação 11.3.1 - Realizar envio regular de dados (SINAN)

Meta: 24 remessas regulares de bancos de dados do Estado para Secretaria de Vigilância em Saúde

Número de remessas enviadas pela SES à SVS/MS, dentro do prazo (segundo cronograma estabelecido) x 100 / 24.

12. ACOMPANHAMENTO DA PPI-VS

Ação 12.1 – Supervisionar a PPI-VS

Meta: 100% dos municípios.

Realizar no mínimo uma supervisão/ano em cada município certificado.

Bloco 13 – Procedimentos Básicos de Vigilância Sanitária

A consolidação da vigilância sanitária como subsistema integrado ao SUS, pressupõe inicialmente, o fortalecimento dos entes federados que o integram. Para que as ações de vigilância sanitárias resultem em maior impacto na proteção da saúde da população, as responsabilidades entre os gestores do SUS devem ser claramente definidas.

Entretanto, o modelo de descentralização proposto não deve descuidar da integralidade do conjunto de atividades a ser desenvolvido. Neste sentido, as Ações Básicas de Vigilância Sanitária, de responsabilidade do gestor municipal, anteriormente descoladas das decisões e dos critérios de pactuação negociados, passam a ser acompanhadas como elementos estratégicos para o fortalecimento do sub-sistema de vigilância sanitária. Isto significa o engajamento dos três níveis de governo no controle dos fatores de risco, independente da complexidade da ação demandada.

Neste contexto, a inserção das ações básicas de vigilância sanitária na Programação Pactuada e Integrada de Vigilância em Saúde – PPI-VS / 2005 estabelece-se como marco inicial para articulação conjunta com as ações básicas de vigilância em saúde, relativas à área de epidemiologia e controle de doenças nos municípios.

Pela inexistência de uma base cadastral confiável na maioria dos Estados e Municípios referente aos estabelecimentos sujeitos a vigilância sanitária, faz-se necessária a construção de um cadastro fidedigno que ofereça subsídios ao processo de planejamento local de curto, médio e longo prazos. Ressalta-se que nesta primeira pactuação conjunta, as metas a serem pactuadas referem-se especificamente aos municípios.

13. PROCEDIMENTOS BÁSICOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Ação 13.1 - Cadastramento

Parâmetro: Cadastramento dos Estabelecimentos sujeitos ao controle da vigilância sanitária.

Meta: 100 % dos estabelecimentos cadastrados.

Esta ação refere-se a estruturação de uma base cadastral municipal de todos os estabelecimentos sujeitos ao controle da vigilância sanitária.

Inicialmente, para os municípios que ainda não possuem um cadastro organizado para utilização no planejamento das ações de vigilância sanitária, sugere-se a utilização da Ficha de Cadastro do Sistema Nacional de Informação em Vigilância Sanitária – SINAVISA, que já possui o módulo de cadastro estruturado.

SINAVISA ? É um Sistema de Informações projetado para gerenciar ações de vigilância sanitária nas três esferas de governo. É uma aplicação projetada para ambiente Web, necessitando de pessoal com qualificação técnica em servidores de Internet para sua implantação. Este Sistema está em desenvolvimento numa parceria conjunta ANVISA / Secretarias Estaduais de Saúde – Coordenações de Vigilância Sanitária e é disponibilizado para os municípios que tenham interesse em implantá-lo.

Solicitação para implantação do SINAVISA:

Gerência de Integração e Projetos

(62) 201-4134 e 201-4106

sinavisa@visa.goias.gov.br e at@visa.goias.gov.br

Ação 13.2 - Ação educativa em vigilância sanitária

Parâmetro: Proporção de Equipes do PSF/PACS capacitadas a desenvolver ações educativas em vigilância sanitária.

Meta: 100 % das equipes PSF/PACS capacitadas.

Esta ação tem como objetivo incorporar a temática de vigilância sanitária nos conteúdos dos processos de capacitação das equipes do PSF/PACS. Para isso é necessário que seja incluída nas ementas das capacitações questões relativas à noção de risco sanitário.

Bloco 13.3 - Inspeção Sanitária

Esta ação refere-se ao procedimento de inspeção sanitária nos tipos de estabelecimentos que foram priorizados nesta pactuação. Ressalta-se, que para efeito de cobertura da meta estabelecida nesta ação, deve-se levar em conta o número de estabelecimentos inspecionados.

Até então, os gestores municipais alimentam o Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS com o número total de ações (inspeções e reinspeções) realizadas por procedimento, definido como ações básicas de vigilância sanitária.

Para a PPI / VS – 2005, o componente “vigilância sanitária” deverá considerar o número de estabelecimentos inspecionados de acordo com os parâmetros definidos para esta programação.

Para tanto, faz-se necessária a conceituação clara dos termos inspeção sanitária e reinspeção sanitária, observando para efeito do cálculo da cobertura das metas a diferenciação entre eles:

Conceituação de Inspeção Sanitária:

“Conjunto de procedimentos técnicos e administrativos, de competência das autoridades sanitárias, que visam a verificação do cumprimento da legislação sanitária ao longo de todas as atividades desenvolvidas pelos estabelecimentos submetidos ao regime de vigilância sanitária .”

Conceituação de Reinspeção:

“Inspeção de retorno para verificação do cumprimento das adequações apresentadas pelos estabelecimentos inspecionados”.

Ação 13.3.1 - Comércio de Alimentos:

Parâmetro: 1 (uma) inspeção, por ano, por estabelecimento de risco.

Meta: 20% do Total de Estabelecimentos Inspeccionados.

Entende-se por estabelecimento de comércio de alimentos de risco:

- a) Estabelecimento com grande fluxo de atendimento (em especial os estabelecimentos com infra-estrutura não apropriada);
- b) Estabelecimento que processa e/ou manipula (fraciona) alimentos (em especial os estabelecimentos que vendem produtos *in natura* (carne, aves, peixes, etc.);
- c) Estabelecimento que vende alimentos processados embalados;
- d) Estabelecimento localizado em escolas, hospitais, aeroportos e rodoviárias;
- e) Comércio de alimentos ambulantes e de rua (Churrasquinhos, Hot dog, Sanduíches).

Ação 13.3.2 - Drogarias / Ervanarias e Postos de Medicamentos.

Parâmetro: 1 (uma) inspeção, por ano, por estabelecimento .

Meta: 40% dos estabelecimentos inspeccionados.

Ação 13.3.3 – Creches.

Parâmetro: 1 (uma) inspeção, por ano, por estabelecimento.

Meta: 100% dos estabelecimentos inspeccionados.

Ação 13.3.4 – Estabelecimentos de Ensino Fundamental:

Parâmetro: 1 (uma) inspeção, por ano, por estabelecimento.

Meta: 40% dos estabelecimentos inspecionados.

AÇÃO 13.3.5 – Estações Rodoviárias e Ferroviárias:

Parâmetro: 2 (duas) inspeções, por ano, por estabelecimento.

Meta: 100% dos Estabelecimentos Inspeccionados.

Observações:

- A fonte a ser utilizada para dimensionamento do universo das ações a serem programadas é o cadastro atualizado existente em cada município.
- A ação 1 (Cadastramento) visa exatamente a obtenção de dados cadastrais confiáveis e fidedignos que subsidiarão as futuras programações.

ANEXO 1: PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO RESIDENTE EM MUNICÍPIOS CLASSIFICADOS COMO TENDO GRANDES DEFICIÊNCIAS NA COBERTURA DO SIM (COEFICIENTE GERAL DE MORTALIDADE PADRONIZADO MENOR QUE 4 POR 1000 HABITANTES)

Estados	Municípios		Proporção de municípios e da população residente em municípios com CGM padronizada < 4				Meta PPI
	total	pop	Municípios	Mun %	pop	Pop %	
Rondônia	52	1455914	14	26,9	190657	13,1	< 5%
Acre	22	600607	12	54,5	123328	20,5	< 15%
Amazonas	62	3031079	45	72,6	1122611	37,0	< 25%
Roraima	15	357296	5	33,3	72093	20,2	< 15%
Pará	143	6574990	80	55,9	2301691	35,0	< 25%
Amapá	16	534821	10	62,5	84862	15,9	< 10%
Tocantins	139	1230188	61	43,9	315199	25,6	<20%
Maranhão	217	5873646	119	54,8	2308446	39,3	< 25%
Piauí	222	2923695	87	39,2	683102	23,4	< 15%
Ceará	184	7758437	55	29,9	1114909	14,4	< 5%
Rio Grande do Norte	167	2888087	89	53,3	942494	32,6	< 25%
Paraíba	223	3518607	84	37,7	554560	15,8	< 10%
Pernambuco	185	8161828	14	7,6	202750	2,5	< 2,5%
Alagoas	102	2917678	20	19,6	264120	9,1	< 5%
Sergipe	75	1874597	15	20,0	166904	8,9	< 5%
Bahia	417	13440544	194	46,5	3748403	27,9	< 20%
Minas Gerais	853	18553336	211	24,7	1320707	7,1	< 5%
Espírito Santo	78	3250205	6	7,7	60823	1,9	<1,87
Rio de Janeiro	92	14879144	0,00	0,0	0,00	0,0	manter
São Paulo	645	38709340	51	7,9	192189	0,5	< 0,5%
Paraná	399	9906812	21	5,3	86520	0,9	<0,9%
Santa Catarina	293	5607160	35	11,9	159489	2,8	<2,8%
Rio Grande do Sul	496	10511009	64	12,9	253578	2,4	< 2,4%
Mato Grosso do Sul	77	2169704	9	11,7	64970	3,0	< 3%
Mato Grosso	139	2651313	32	23,0	203191	7,7	< 5%
Goias	246	5306424	65	26,4	393715	7,4	< 5%
Distrito Federal	1	2189792	-	-	-	-	não aplicável
Total	5560	176876253	1398	25,1	16931311	9,6	< 5%

Anexo 2:
Proporção de óbitos por causas mal definidas em 2003 e meta de mortalidade proporcional por causas mal-definidas para os estados brasileiros - PPI ECD 2005

JF/Regiao	Número de óbitos por causa mal-definida	Número Total de óbitos	Mortalidade proporcional (%)	Meta
Brasil	133.582	1.001.475	13,34	10%
NORTE	11.164	52.698	21,18	15%
..Rondonia	782	6.325	12,36	12%
..Acre	631	2.535	24,89	20%
..Amazonas	2.695	10.603	25,42	20%
..Roraima	91	1.354	6,72	manter < 10%
..Para	6.346	25.013	25,37	20%
..Amapa	292	1.895	15,41	12%
..Tocantins	327	4.973	6,58	manter < 10%
NORDESTE	65.730	252.951	25,99	20%
..Maranhao	8.465	22.584	37,48	25%
..Piaui	3.664	13.920	26,32	20%
..Ceara	10.820	41.171	26,28	20%
..Rio G. do Norte	3.445	13.834	24,90	20%
..Paraiba	6.992	20.068	34,84	25%
..Pernambuco	9.317	52.382	17,79	15%
..Alagoas	4.169	15.274	27,29	20%
..Sergipe	2.308	9.618	24,00	20%
..Bahia	16.550	64.100	25,82	20%
SUDESTE	42.777	479.142	8,93	manter < 10%
..Minas Gerais	13.523	104.168	12,98	10%
..Espírito Santo	1.184	18.409	6,43	manter < 10%
..Rio de Janeiro	12.607	116.326	10,84	10%
..Sao Paulo	15.463	240.239	6,44	manter < 10%
SUL	10.495	157.493	6,66	manter < 10%
..Parana	2.883	57.580	5,01	manter < 10%
..Santa Catarina	3.066	29.531	10,38	10%
..Rio Grande do Sul	4.546	70.382	6,46	manter < 10%
CENTRO-OESTE	3.416	59.191	5,77	manter < 10%
.. Mato Grosso do Sul	292	12.165	2,40	manter < 10%
..Mato Grosso	721	12.225	5,90	manter < 10%
..Goias	2.016	25.706	7,84	manter < 10%
.. Distrito Federal	387	9.095	4,26	manter < 10%

Fonte: SIM\CGIAE\DAIS\SVS\MS
 Atualizada em:
 19.11.2004

ANEXO 3: População estimada para 2005, nascidos vivos estimados e notificados, IBGE e SVS, 2003 e 2005 e metas de captação de nascidos vivos para o SINASC em 2005.

UF Residencia	População 2005*	Nascidos Vivos Estimados - IBGE, 2003	Nascidos Vivos estimados - IBGE, 2005	Nascidos Vivos notificados - Sinasc, 2003	Razão (%) entre nascimentos informados (Sinasc) e estimados (IBGE) 2003	Nascidos Vivos estimados** (projeção) - SVS, 2005	TBN estimada 2005 (IBGE)	TBN estimada 2005 (PROJEÇÃO SVS)	META*** PPI 2005	
Rondonia	1.505.197	36.201	36.651	28.809	79,6	28.916	24,3	19,2	38.832	
Acre	633.268	16.649	16.915	15.986	96,0	16.385	26,7	25,9	16.385	
Amazonas	3.198.290	88.500	90.552	70.751	79,9	80.075	28,3	25,0	82.511	
Roraima	386.553	8.508	8.612	10.160	119,4	10.125	22,3	26,2	10.125	
Para	6.837.398	177.141	179.033	144.812	81,7	155.239	26,2	22,7	176.395	
Amapa	593.059	15.227	15.921	14.764	97,0	15.022	26,8	25,3	15.022	
Tocantins	1.280.404	37.045	38.441	26.053	70,3	25.173	30,0	19,7	33.033	
NORTE	14.434.168	379.271	386.125	311.335	82,1	330.934	26,8	22,9	372.303	25,8
Maranhao	6.001.904	142.997	140.903	127.920	89,5	142.261	23,5	23,7	127.920	
Piaui	2.967.296	68.241	67.579	55.105	80,8	54.008	22,8	18,2	58.992	
Ceara	7.954.056	208.736	212.865	140.083	67,1	141.763	26,8	17,8	158.132	
R G do Norte	2.952.147	64.732	65.289	52.312	80,8	51.108	22,1	17,3	51.108	
Paraiba	3.556.141	83.091	82.216	64.115	77,2	63.527	23,1	17,9	70.698	
Pernambuco	8.295.947	168.252	166.672	151.677	90,1	150.821	20,1	18,2	150.821	
Alagoas	2.970.551	81.545	81.045	63.032	77,3	62.804	27,3	21,1	63.032	
Sergipe	1.931.033	46.708	47.309	36.825	78,8	35.698	24,5	18,5	35.698	
Bahia	13.644.218	289.711	285.732	239.017	82,5	242.310	20,9	17,8	271.256	
NORDESTE	50.273.294	1.154.013	1.149.610	930.086	80,6	945.190	22,9	18,8	987.657	19,9
Minas Gerais	18.929.561	348.908	349.006	283.290	81,2	278.058	18,4	14,7	283.290	
Espirito Santo	3.346.151	62.582	63.302	53.417	85,4	52.118	18,9	15,6	52.118	
Rio de Janeiro	15.148.106	227.249	225.401	232.255	102,2	207.315	14,9	13,7	207.315	
Sao Paulo	39.717.520	710.202	718.638	607.806	85,6	588.758	18,1	14,8	588.758	
SUDESTE	77.141.337	1.348.941	1.356.347	1.176.768	87,2	1.126.249	17,6	14,6	1.131.481	14,7
Parana	10.104.474	185.008	184.678	157.333	85,0	147.809	18,3	14,6	147.809	
Santa Catarina	5.760.874	97.546	97.329	83.177	85,3	79.487	16,9	13,8	79.487	
R G do Sul	10.691.311	177.682	178.714	149.165	84,0	143.552	16,7	13,4	143.552	
SUL	26.556.659	460.236	460.721	389.675	84,7	370.848	17,3	14,0	370.848	14,0
M Grosso do Sul	2.224.534	44.455	44.807	39.248	88,3	37.767	20,1	17,0	37.767	
Mato Grosso	2.749.582	56.680	56.683	48.539	85,6	48.615	20,6	17,7	48.895	
Goias	5.510.524	95.246	95.388	92.081	96,7	88.942	17,3	16,1	88.942	
Distrito Federal	2.285.107	45.024	45.862	46.097	102,4	46.229	20,1	20,2	46.229	
C.OESTE	12.769.747	241.405	242.740	225.965	94	221.554	19,0	17,3	221.834,0	17,8
BRASIL	181.175.206	3.583.866	3.595.543	3.033.829	85	2.994.775	19,8	16,5	3084123,3	

* estimativa considerando a taxa geométrica de crescimento por estado para o período 1991-2000.

** estimativa realizada considerando projeção dos dados diretos informados ao Sinasc em anos recentes

***O número de NV esperado para os estados (RS, SC, PR, SP, RJ, ES, MS, DF, GO, SE, PE, RN, AP, RR, AC) que tem seus dados de nascidos vivos considerados válidos pela RIPSAs- Rede Interagencial de Informações para a Saúde, foi calculado com base na projeção estimada para 2005 com base na tendência de nascimentos informados ao Sinasc pela UF nos anos recentes. Para os demais estados (RO, AM, PA, TO, MA, PI, CE, PB, AL, BA, MT e MG) a meta foi calculada com base na TBN média projetada para 2005 dos 3 estados com melhores coberturas da região em relação aos dados estimados pelo IBGE. Para estes estados, caso o número de nascimentos esperados obtido neste cálculo tenha sido menor que o informado pela UF em 2003 a meta será manter o número de nascimentos informados em 2003.

Estados com dados do Sinasc considerados válidos pela RIPSAs

